附件

考生身份、学历情况证明保证书

我以单位法人代表的身份证明： 医生确是我单位在岗职工，保证其所提供的身份和学历证书真实、有效。以上保证及证明如有虚假，我本人承担一切责任。

考生单位（盖章）： 法人代表（签字）：

 2020年2月 日